Misión diplomática de los Estados Unidos

**SOLICITUD DE EMPLEO EN CALIDAD DE PERSONAL CONTRATADO
LOCALMENTE O COMO FAMILIAR**

(Esta solicitud se utiliza para los puestos que cubre la Misión según las normas para la contratación de personal local de la Oficina de Empleo en el Extranjero (*Office of Overseas Employment*) del Departamento de Estado

PUESTO

1. Nombre del puesto _____ 2. Grado _____
3. N° del anuncio de puesto vacante (*si lo conoce*) _____ 4. Fecha de disponibilidad para el empleo
(*mes-día-año*) _____

INFORMACIÓN PERSONAL

5. Primer apellido _____ Nombre _____ Segundo apellido _____
6. Otros nombres utilizados _____
7. Fecha de nacimiento (*día-mes-año*) _____ 8. Lugar de nacimiento _____
9. Dirección actual _____ 10. Números telefónicos: Día _____
Noche _____
Celular _____
11. Dirección electrónica _____
12. ¿Es ciudadano de los Estados Unidos? Sí ___ No ___
13. ¿Es residente permanente en los Estados Unidos? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, indique su número _____
- 14a. Número de seguro social de los Estados Unidos (para los ciudadanos o residentes permanentes) _____
- o
- 14b. Número nacional de identidad _____
15. ¿Tiene derecho legal a trabajar en este país? Sí ___ No ___
En caso afirmativo, la Misión puede tener que confirmar que posee ese derecho. Sírvase adjuntar copias de toda la documentación que confirme su derecho a trabajar legalmente en este país (p. ej., permiso de trabajo, permiso de residencia). Si no está seguro de tener que presentar esas pruebas, consulte con la Oficina de Recursos Humanos de la Misión.
16. Si se le contrata, explique qué ajustes necesitaría para poder desempeñar todas las funciones esenciales del puesto que solicita. Sí ___ No ___ En caso de necesitar ajustes, sírvase explicarlos _____
17. Si solicita un puesto que obliga a manejar un vehículo oficial de los Estados Unidos ¿tiene licencia para conducir (permiso de chofer).? Sí ___ No ___ N/A ___
En caso afirmativo, clase o tipo de licencia _____

En caso afirmativo, ¿ha manejado vehículos sin incidentes durante los últimos tres años? Sí ____ No ____

18. ¿Que días estaría disponible para trabajar como parte de una semana laboral uniforme? (Marque todos los días pertinentes) Domingo ____ Lunes ____ Martes ____ Miércoles ____ Jueves ____ Viernes ____
Sábado ____

19. Alguno de sus parientes o de las personas que pertenecen a su unidad familiar, ¿trabaja para el Gobierno de los Estados Unidos? Sí ____ No ____
En caso afirmativo, indique los detalles a continuación. Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel. (Vea las instrucciones para llenar el formulario DS-0174, donde figura la definición de los parientes y miembros de la unidad familiar.)

Nombre	Parentesco	Organismo, cargo, lugar
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREFERENCIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE FAMILIARES IDÓNEOS QUE SEAN CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES Y DE VETERANOS DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS

20. ¿Considera que se le debe dar preferencia en la contratación según las leyes de los Estados Unidos, entre ellas, la Ley del Servicio Diplomático (*Foreign Service Act*) de 1980, por ser Familiar Idóneo Ciudadano Estadounidense o Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Consulte las instrucciones para llenar este formulario(DS-0174) a fin de obtener más información sobre esas preferencias.

(Sólo marque una respuesta)

- ____ Sí, soy ciudadano idóneo de los EE.UU. ____ No, no soy ciudadano ni veterano.
____ Sí, soy veterano de los EE.UU.
____ Sí, soy ciudadano idóneo y veterano.

Si considera que tiene derecho a la preferencia por ser veterano de los Estados Unidos, deberá adjuntar una copia de su formulario DD-214 más reciente, Certificado de Licenciamiento o Separación del Servicio Activo. Si considera que tiene derecho condicional a la preferencia para los veteranos de los Estados Unidos, deberá presentar la prueba del derecho condicional.

ESTUDIOS

21. Estudios superiores	Fechas de asistencia (mes-día-año)	¿Graduado?	Título	Especialidad
Institución	De	____ Sí		
Ciudad, estado, país	A	____ No		

Estudios universitarios	Fechas de asistencia (mes-día-año)	¿Graduado?	Título	Especialidad
Universidad	De	____ Sí		
Ciudad, estado, país	A	____ No		

Estudios secundarios	Fechas de asistencia (mes-día-año)	¿Graduado?	Si no se graduó, el grado o nivel más elevado que terminó
Escuela, liceo, instituto, colegio	De	___Sí	
Ciudad, estado, país	A	___No	

Otros estudios	Fechas de asistencia (mes-día-año)	¿Graduado?	Certificado o Especialidad diploma
Escuela técnica o profesional	De	___Sí	
Ciudad, estado, país	A	___No	

CERTIFICADOS, COMPETENCIAS, CAPACITACIÓN, AFILIACIONES Y RECONOCIMIENTOS

22. Enumere las licencias y los certificados profesionales que posea; indique su competencia en el uso de teclados y computadores, su formación presencial y en línea, y sus otras habilidades que considere pertinentes para su puesto. Incluya los números de las licencias y los certificados. Adjunte copias si las licencias o los certificados se exigen para el desempeño del puesto. Si la licencia se ha concedido en los Estados Unidos, indique el estado que la emitió. Si la licencia proviene de otro país, indique la provincia, estado o región y el país que la emitió. (Utilice más páginas si hacen falta.)

23. Enumere las sociedades profesionales a las que pertenece, así como los galardones, distinciones y becas que le han concedido, como también las obras y trabajos que ha publicado y que considera significativos.

IDIOMAS

24. Enumere los idiomas que conoce y el nivel de su competencia en cada uno, así como su lengua principal o materna, según las pautas siguientes. Sólo debe declarar una lengua materna o principal.

Evaluación de los idiomas:

Nivel I = Conocimientos elementales

Nivel II = Conocimientos limitados

Nivel III = Conocimientos prácticos adecuados

Nivel IV = Dominio del idioma

Nivel V = Intérprete o traductor profesional

Idioma	Habla	Lee	Escribe	¿Idioma materno?
_____				Sí ___ No ___
_____				Sí ___ No ___
_____				Sí ___ No ___
_____				Yes ___ No ___

EXPERIENCIA DE TRABAJO

Indique toda su experiencias laboral, adquirida por remuneración o como voluntario. Comience la lista por su empleo actual o más reciente. Al describir cada trabajo, especifique sus deberes, obligaciones y logros. Indique cualquier función de supervisión que haya desempeñado y el número de empleados que supervisó. Describa con todo detalle posible cualquier experiencia laboral que tenga que ver directamente con el puesto anunciado. No omita ningún período en que estuvo sin empleo y los motivos de los mismos. (Emplee todas las páginas que necesite.)

25a. Nombre del puesto. (Si es del Gobierno de los EE.UU., mencione la serie y el grado.)

De (mes/día/año)	A (mes/día/año)	Salario anual en dólares EE.UU. o en moneda del país	Horas por semana
------------------	-----------------	--	------------------

Nombre y dirección del empleador

Nombre y dirección del supervisor:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

¿Puede comunicarse la Misión con su supervisor actual? Sí ___ No ___

Describa sus funciones, obligaciones y logros principales

Motivos para dejar el empleo (No escriba "N/A" ni "No es pertinente")

25b. Nombre del puesto. (Si es del Gobierno de los EE.UU., mencione la serie y el grado.)

De (mes/día/año)	A (mes/día/año)	Salario anual en dólares EE.UU. o en moneda del país	Horas por semana
------------------	-----------------	--	------------------

Nombre y dirección del empleador

Nombre y dirección del supervisor:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

¿Puede comunicarse la Misión con su supervisor actual? Sí ___ No ___

Describa sus funciones, obligaciones y logros principales

Motivos para dejar el empleo (No escriba “N/A” ni “No es pertinente”)

25c. Nombre del puesto. (Si es del Gobierno de los EE.UU., mencione la serie y el grado.)

De (mes/día/año)	A (mes/día/año)	Salario anual en dólares EE.UU. o en moneda del país	Horas por semana
------------------	-----------------	--	------------------

Nombre y dirección del empleador

Nombre y dirección del supervisor:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

¿Puede comunicarse la Misión con su supervisor actual? Sí ___ No ___

Describa sus funciones, obligaciones y logros principales

Motivos para dejar el empleo (No escriba “N/A” ni “No es pertinente”)

25d. Nombre del puesto. (Si es del Gobierno de los EE.UU., mencione la serie y el grado.)

De (mes/día/año)	A (mes/día/año)	Salario anual en dólares EE.UU. o en moneda del país	Horas por semana
------------------	-----------------	--	------------------

Nombre y dirección del empleador

Nombre y dirección del supervisor:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

¿Puede comunicarse la Misión con su supervisor actual? Sí ___ No ___

Describa sus funciones, obligaciones y logros principales

Motivos para dejar el empleo (No escriba "N/A" ni "No es pertinente")

REFERENCIAS

26. Indique tres referencias personales que no sean parientes ni ex supervisores pero que conozcan su desempeño en el trabajo. La Misión le pedirá permiso para comunicarse con cualquiera de sus referencias.

Nombre	Dirección	Teléfono	Profesión
--------	-----------	----------	-----------

FIRMA Y CERTIFICACIÓN

27. Certifico que a mi leal saber y entender toda la información que figura en esta solicitud y en sus adjuntos es veraz, correcta y completa y se presenta de buena fe. Entiendo que la información falsa o fraudulenta que figure en esta solicitud o en los adjuntos puede ser motivo de que no se me contrate o de que se me despida una vez empleado. La misma puede castigarse con multa o reclusión conforme a las leyes de este país o de los Estados Unidos. Entiendo asimismo que toda la información que proporcione voluntariamente en esta solicitud o en los adjuntos podrá investigarse.

Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

**DECLARACIÓN SEGÚN LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA
(sólo para los ciudadanos o residentes permanentes de los Estados Unidos)**

AUTORIZACIONES: Esta información se solicita con arreglo a la Ley del Servicio Diplomático (*Foreign Service Act*) de 1980, enmendada, y a la sección 2669 c) del título 22, Código de los Estados Unidos.

FIN: La información que se solicita en este formulario es necesaria para demostrar su derecho a ocupar el puesto anunciado y sus calificaciones para desempeñarlo. Si se le selecciona para ocupar un puesto en la Misión diplomática, la información que facilite también puede usarse en el procedimiento anterior al empleo para adecuar su capacitación a sus funciones. Estamos autorizados por la Orden del Ejecutivo 9397 a solicitar su número del seguro social (SSN) para confirmar su identidad y derecho a empleo. El SSN también puede utilizarse para buscar información acerca de su persona de patronos, instituciones de enseñanza, bancos y otros que lo conozcan. Esta información, incluido el número del seguro social, se revela voluntariamente. No facilitarla puede dar lugar a demoras en la consideración de su solicitud o a que no se le considere plenamente para ocupar el puesto al que aspira. Las direcciones incompletas también retrasarán la tramitación de su solicitud.

UTILIZACIÓN NORMAL: La información que proporcione en este formulario podrá distribuirse a organismos federales, estatales, locales o extranjeros en la medida en que sea pertinente y necesaria para la adopción de una decisión en su caso. Esta información podrá divulgarse a un legislador del Congreso o alguien perteneciente al personal del Congreso en respuesta a una indagación de la oficina del Congreso efectuada a petición escrita del votante interesado. La información también podrá divulgarse al dar

testimonio ante un tribunal, juez o tribunal administrativo, lo que incluye a un abogado de la otra parte durante la negociación de una conciliación.

TIEMPO DE PREPARACIÓN: Se calcula en un promedio de 60 minutos el tiempo que habrá que dedicar a recopilar la información que se pide en el presente formulario, lo que incluye el tiempo necesario para buscar los datos, reunir la documentación necesaria, proporcionar la información o los documentos solicitados y repasar la colección resultante en su forma definitiva. No tiene que dar la información a menos que el presente formulario muestre un número vigente de la OMB (*Office of Management and Budget*.) Si tiene algún comentario sobre la exactitud de este cálculo del tiempo de preparación o recomendaciones para reducirlo, sírvase enviarlos a A/GIS/DIR, Room 2400 SA-22, U.S. Department of State, Washington, DC 20522-2202

DECLARACIÓN SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

El Gobierno de los Estados Unidos ofrece igualdad de oportunidades en el empleo..

HOJA COMPLEMENTARIA DEL FORMIULARIO DS-174 – EXPERIENCIA DE TRABAJO

25e. Nombre del puesto. (Si es del Gobierno de los EE. UU., mencione la serie y el grado.)

De (mes/día/año)	A (mes/día/año)	Salario anual en dólares EE. UU. o en moneda del país	Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre y dirección del supervisor:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

¿Puede comunicarse la Misión con su supervisor actual? Sí ___ No ___

Describa sus funciones, obligaciones y logros principales

Motivos para dejar el empleo (No escriba “N/A” ni “No es pertinente”)

25f. Nombre del puesto. (Si es del Gobierno de los EE. UU., mencione la serie y el grado.)

De (mes/día/año)	A (mes/día/año)	Salario anual en dólares EE. UU. o en moneda del país	Horas por semana

Nombre y dirección del empleador

Nombre y dirección del supervisor:

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

¿Puede comunicarse la Misión con su supervisor actual? Sí ___ No ___

Describa sus funciones, obligaciones y logros principales

Motivos para dejar el empleo (No escriba “N/A” ni “No es pertinente”)